

메디케어 세이빙스 프로그램 신청서

Application For Medicare Savings Programs

본 신청서를 작성하기 전에 다음 내용을 읽어 주십시오.

메디케어 세이빙스 프로그램(MSP)은 귀하의 소득과 자산에 따라 귀하의 메디케어 Part B 보험료 지불을 도와드릴 수 있습니다. MSP는 일부 경우에 따라 메디케어 보험료와 메디케어에서 지불하지 않은 기타 메디케어 비용을 지불해 드릴 수도 있습니다. 이에에는 메디케어 공제금, 공동보험료 및 가입자 부담금(코페이먼트) 등을 포함할 수 있습니다.

도움을 받을 수 있는지는 이 신청서에 있는 모든 질문에 답을 해야만 알 수 있습니다. 이 양식을 작성하는데 혹 도움이 필요하시면 지역의 보사부 사무처로 전화하십시오.

정사체로 명확하게 기입해 주십시오.

1. 이름	중간이름 이니셜	성			
2. 거주지 주소	시	주	우편번호		
3. 우편주소(상기와 다를 경우)	시	주	우편번호		
4. 전화번호 주요 연락처: _____ 기타: _____					
5. 영어로 말하고 읽고 또는 쓰는데 어려움이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 통역관이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우 통역관을 제공해 드릴 수 있습니다. 어느 언어를 사용하십니까? _____					
일반 정보					
귀하 본인과 귀하와 함께 사는 다른 모든 사람을 기재하십시오. 법적 이름을 기재해 주십시오.					
이름 (이름, 중간이름, 성)	귀하와의 관계	생년월일	혜택 신청여부 예 아니요	사회보장번호	성별 남/여
	신청 본인				
	배우자				
의료혜택 정보					
해당되는 곳에 체크로 표하십시오.				메디케어 번호	
수혜자격 또는 수혜여부: 메디케어 Part A	본인	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		
	배우자	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		
	기타	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		
해당되는 곳에 체크로 표하십시오.				메디케어 번호	
수혜자격 또는 수혜여부: 메디케어 Part B	본인	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		
	배우자	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		
	기타	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>		

본인/우리에게는 다른 의료보험이 있습니다. 예 아니요

'예'일 경우 해당 의료보험과 가입자를 기재하십시오.

지난 3 개월간에 메디케어 Part A 또는 Part B 보험료를 지불하셨습니까? 예 아니요

'예'일 경우 지불한 달을 기재하십시오.

소득

이 신청서에 포함된 사람에게 소득이 있을 경우 그 소득을 아래에 기재하십시오. (예: 세금 또는 보험료) 공제 전의 소득 금액을 기재하십시오. 소득에는 다음을 포함하되 이것으로 국한하지 않습니다.

- 급여
- 자영업소득
- 커미션(수수료)
- 하숙/임대료
- 철도급부금
- 사회보장금
- 재향군인수당
- 별거 수당
- 실직 수당 또는 근로자 보상금
- SSU/정부 보조금
- 연금/퇴직금
- 배당금 및 이자
- 기타

이름	고용주 또는 소득원	공제 전의 금액	수령 횟수

자산

A. 모든 자산을 기재하십시오. 자산에는 은행거래과, 예금증서, 저축채권 IRA, 주식 및 증권, 신탁, 현금 및 부동산(주택 또는 자동차 제외) 등을 포함할 수 있습니다.

자산이 있을 경우 아래에 기입하십시오.

소유주	자산 종류/계좌 번호	현행 가치

B. 귀하 또는 귀하의 배우자가 자동차 또는 기타 차량(트럭, 보트 이동주택, 모터사이클, 캠퍼 및/또는 트레일러)을 소유하고 있거나 구매 중입니까? 예 아니요

자산이 있을 경우 아래에 기입하십시오.

소유주	차량 종목	연도	제조사/모델	의사방문/클리닉 왕래시 이 차량 사용 여부	가치	차량 납입 잔금
				예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
				예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
				예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
				예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		

C. 귀하나 귀하의 배우자에게 현금가치가 \$1,500 이상이 되는 생명보험이 있습니까? 또한 장래 보험이나 장래 계획도 기재하십시오.	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
---	---

보험이나 계획이 있을 경우 아래에 기입하십시오.

보험 주	보험회사 이름/약관 번호	액면가치	현금 가치	보험 대상

서명을 하기 전에 자세히 읽으십시오.

본인은 다음 사항을 알고 있습니다.

- 본인은 본인의 상황이 변경될 경우 반드시 본 기관 또는 본 기관의 지명인에게 서면으로 또는 전화로 즉시 보고해야 합니다. 보고를 제 때 하지 않으면 혜택을 정확하게 받지 못할 수도 있습니다.
- 본 기관 또는 기타 주정부 또는 연방 기관에서 제 상황을 확인할 수 있습니다.
- 도움을 받으려면 본 기관이 요청한 해당 증빙서류를 반드시 제공해야 합니다. 본 기관 또는 본 기관의 지명인은 해당 증빙서류를 획득하는데 도와줄 수 있고, 이를 획득하기 위해 다른 사람이나 기관에 연락해 줄 수 있습니다.
- 의료혜택을 신청 및 수혜하는 사람은 모든 의료지원이나 제삼자가 지불하는 의료비 지불금에 대한 당사자의 권리를 워싱턴 주정부에 양도하는 것입니다.

선언 및 서명

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.

신청인의 서명	날짜
배우자 서명	날짜
신청인을 도와준 사람의 서명	조직/기관 날짜

정보 공개

본 기관 또는 본 기관의 지명인은 본 신청서 작성을 도와준 사람에게 또는 이 사람의 조직을 대표하는 사람에게 이 메디케어 세이빙스 프로그램 신청서에 기재된 본인의 정보를 공개할 수 있음을 아래 본인의 서명으로 승인합니다.

신청인의 서명	날짜
---------	----

자진 정보 기입란

원하실 경우 인종/민족적 배경 정보를 알려주십시오. 이 정보는 의료혜택 수혜 여부를 가리는 데 사용되지 않습니다.

- 백인 히스패닉 흑인 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 베트남인/라오스인/캄보디아인 부족: _____
 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 기타: _____

신청서에 서명과 날짜를 기입한 후 지역의 보사부 사무처로 반납하거나 아래 주소로 우송하십시오.

DSHS
 CSD Customer Service Center
 PO Box 11699
 Tacoma, WA 98411-6699

보건사회부에서 관리하는 모든 프로그램과 활동에 있어 차별대우는 금지됩니다. 이들 프로그램과 활동에 인종, 피부색, 신념, 정치적신념, 국적, 종교, 성별 또는 장애여부로 인해 아무도 배제될 수 없습니다.